



2203546
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/02/25	4-Data de Autorização 11/02/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13513204	7-Data Validade da Senha 09/05/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 09720219139000014		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GAMA ADVERSI LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ERICKA GAMA BARBOSA ADVERSI GONCALVES			14-Telefone (21) 8383-6228	15-Nome do titular do plano ERICKA GAMA BARBOSA ADVERSI GONCALVES	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VANESSA SARMENTO FIGUEIREDO		18-Número no CRO 34615	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03800749000101		22-Nome do Contratado Executante ODONTORAD DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO POR		23-Número no CRO 16071	24-UF RJ	25-Código CNES 5159725
26-Nome do Profissional Executante LEONARDO MORETZ SOHN MEIRELLES		27-Número no CRO 16071		28-UF RJ	29-Código CBO S 09	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	12/02/25		
2	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	12/02/25		
3	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	12/02/25		
4	0081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	12/02/25		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/02/25	44-Tipo de Atendimento 2-Exame Radiológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 56,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---	---	---	--

Radiofotografia Odontológica e Imagem

Ericka Gama

Odontorad
CNPJ 03500745/0001-09



321

RECEITUÁRIO

Nome: ERICKA GAMA BARBOSA ADVERSI GONCALVES

CPF:

RG:

Solicito periapical completa com lite-wings
(direita e esquerda da região de
pré-molares).

Motivo: Avaliação de cáries, cáries,
infiltrações e perda óssea

Sexta-Feira, 7 de Fevereiro de 2025

Atenciosamente,

Profissional


Dra. Vanessa Figueiredo
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 34615

Dra. Vanessa
Figueiredo
CRO 34615

IESB CLINICA ODONTOLÓGICA

Rua das Rosas, nº 95, sala 205 - Vila Valqueire - Rio de Janeiro - RJ - Telefone: 21979383935-
24522286